

ler pour répéter ce qu'elle a pensé. Elle n'a jamais cherché, dit-elle, à connaître ses ennemis, crainte de discussion, et ne peut se figurer pourquoi on lui en veut. Conscience d'une sorte de malaise et de fatigue intellectuelle, physionomie triste et préoccupée.

XV<sup>e</sup> OBS. — Délire de persécutions datant de huit ans; passage du délire partiel à la démence; idées d'abord assez lucides, se troublant à mesure que la malade s'anime, et finissant par une incohérence complète.

J'étais à travailler, j'entends tout à coup des gens qui criaient des invectives; j'ai été me plaindre. C'était un bruit sourd, je distinguais: couper la tête; je les entends encore, mais quelquefois ce sont de faux bruits. Je ne sais pas si c'est une cause étrangère ou personnelle (je rapporte textuellement); je suis allée trouver le juge de paix, mais inutilement. Quand je sors, c'est la même répétition, mais le bruit est moins fort, on crie: Voleuse! je vais te la couper, assez indistinctement; c'est d'une personne qu'on s'est servi à mon insu; j'en accuse la police. Il y a eu une affaire d'émeute de charpentiers pour le nom de la belle Flamande. Tout Paris me connaît sous ce nom. Je suis très misérable, on m'empêche de solder mon terme par cette voix, et le propriétaire est avec les locataires partout contre moi. On m'a entraînée, on a volé mes droits par la cause des voix jusqu'à extinction, etc.

Il eût été facile de grouper ces faits par catégories; j'ai mieux aimé les laisser dans leur confusion. Un arrangement plus méthodique n'eût rien ajouté à la seule conclusion que je veuille en tirer, et par laquelle je termine cette monographie. Il existe une forme de délire partiel à laquelle je donne, faute d'un meilleur terme, le nom de *délire de persécutions*, qui se reproduit avec des caractères assez constants pour constituer une espèce pathologique parmi les aliénations mentales.

(Archives générales de médecine, 1852.)

## LES CÉRÉBRAUX.

---

Un congrès international de médecine mentale s'est réuni à Paris du 5 au 10 août 1878 (1), sous la présidence du D<sup>r</sup> Baillarger et avec le concours si précieux du D<sup>r</sup> Motet, secrétaire. De nombreuses questions ont été, les unes traitées, les autres effleurées, le temps qu'auraient exigé de plus longs développements faisant défaut.

Je n'ai pas à exposer ici les travaux du congrès, bien qu'il m'eût été agréable de rappeler à quel point les séances ont été fructueusement remplies, ou par des communications originales, ou par des discussions d'autant plus intéressantes que l'assemblée, orateurs et auditoire, était composée d'hommes plus expérimentés.

C'est dans une des réunions journalières que l'étude qu'on va lire a été soumise aux membres du congrès, improvisation familière recueillie par la sténographie et à laquelle le nom d'aperçu convient mieux que celui de monographie. Aux courtes données qui sont une sorte de table des matières à traiter ultérieurement, j'ai joint quelques exemples et quelques considérations à titre d'appendice.

Il y a un proverbe qui dit que toute branche détachée du tronc est destinée à périr. Cela est vrai pour la branche de la médecine mentale; elle a besoin de se rattacher au tronc de la médecine générale, sous peine de ne pas vivre.

(1) Exposition universelle de 1878. Compte rendu sténographique; imprimerie nationale, 1880.

hommes, il aura la bronchite des bossus, reconnaissable entre toutes; c'est à ce point que si vous l'auscultez sans savoir s'il est bossu, ce qui me paraît difficile, vous pourriez, par la seule étude de sa bronchite, diagnostiquer le vice de conformation du thorax, tant elle diffère, et par sa marche et par ses signes physiques, des bronchites ordinaires.

Ces exemples si simples, si vulgaires, j'ai cru devoir les rappeler comme une sorte de préface à l'étude plus complexe des affections cérébrales.

Des trois modes de début pathologique, avec leurs conséquences ultérieures dont je viens de vous entretenir, pas un ne manquera dans les affections cérébrales.

De même qu'il peut se produire chez les individus dont la santé a été altérée par une affection primitive, périmérite, traumatisme, scoliose, une maladie seconde en rapport avec cet antécédent, de même il y a des maladies secondes chez les individus dont l'état cérébral a été troublé par des affections encéphaliques antérieures. Ces maladies secondes se présentent encore avec des caractères propres, une séméiologie, une symptomatologie, une pronostication, qui leur sont particulières.

Un enfant du premier âge est dans les bras de sa bonne, elle le laisse tomber. L'enfant s'en trouve un peu éclopé; on le soigne, on lui applique des compresses froides, des sangsues derrière les oreilles, etc. Il est guéri au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, c'est une petite aventure et un petit mal, l'enfant paraît ne plus s'en ressentir.

Mais après quelques semaines ou quelques années, on s'aperçoit qu'il dort moins bien, il est moins gai, bizarre; il a des fantaisies, quelques troubles de santé légers; on n'y fait pas attention, « cela passera avec l'âge, » dit-on, et on le met en pension. Rien de particulier jusqu'à l'âge de 7 à 8 ans, qu'on pourrait appeler celui de la puberté cérébrale, ou jusqu'à l'âge de 15 ou 18 ans, époque encore décisive. Il survient alors des accidents cérébraux d'un ordre particulier qui étonnent le mé-

decin, et lui font dire : « Je ne connais pas cela. » Vous prononcez timidement le nom de méningite possible, ou les parents l'ont prononcé avant vous; mais les symptômes indécis ne répondent pas au type des méningites vraies.

Cet enfant est dans les conditions de l'employé de chemin de fer, de la femme en couches; en vertu de sa blessure guérie, il n'est plus comme les autres, et les accidents se produisent chez lui sous des aspects insolites, sans rapport apparent, sauf le siège du mal, avec les accidents qu'il a eus à l'âge d'une année.

Je dois ouvrir ici une parenthèse. Les choses ne se passent pas de même chez un enfant ou un adulte; chez le premier, en effet, un élément nouveau, celui du développement cérébral, intervient et peut changer bien des choses, produire des transformations inattendues, le plus souvent impossibles à calculer ou à prévoir : la question devient plus complexe. Le développement a pu agir, soit en augmentant le défaut qui existe du fait de la blessure, soit en l'atténuant ou même en le faisant disparaître. C'est une sorte de lutte entre ces deux facteurs.

Ces conditions ne se trouvent plus lorsqu'il s'agit d'un adulte. Un homme de 25 ans fait une chute de cheval; il est jeté à terre, on le relève sans connaissance, il reste dans un état sub-comateux pendant une heure ou deux; le chirurgien appelé constate qu'il n'y a ni fracture ni lésion grave; après quelques jours de surveillance il se retire, et dit que cet homme est convalescent ou guéri.

A partir de ce jour, ce ne sera plus au chirurgien qu'appartiendra le malade, c'est au médecin. Au bout de six mois, un an, dix ans, quinze ans, on vient vous consulter avec l'appréhension de quelque menace cérébrale, la famille vous parle de troubles cérébraux confus, d'accès mal caractérisés; vous-même, après le plus attentif examen, vous ne reconnaissez pas les symptômes d'une affection primitive et définie dans cette maladie secondaire, greffée sur une souche autre que celle de la santé. Alors, poussant plus loin l'interrogatoire, vous apprenez qu'à une certaine époque de la vie il y a eu une chute ou une

blessure. Ce traumatisme, qu'il ait lésé le crâne ou l'encéphale, a eu pour résultat de faire du cerveau un terrain sans parité avec le terrain cérébral d'un individu indemne.

Si la maladie éclate, elle n'obéira pas aux règles habituelles, et il faudra faire la part délicate du présent et du passé.

Morel, avec sa sagacité habituelle, qui avait compris et prouvé l'importance pathogénique des malformations, s'est appliqué surtout à rechercher s'il existait sur les parties molles de la face des déformations en rapport avec les infirmités mentales. Il a cherché et trouvé des indices dans la forme des oreilles, dans la manière dont se contractent les muscles de la face, etc.; il existe un indice supérieur à tous les autres, c'est la configuration osseuse du crâne.

Le crâne vicieusement conformé, et dans certaines conditions qu'il n'est pas impossible de définir, ne se prête pas au fonctionnement cérébral comme le crâne conformé régulièrement. Nous avons tous vu des crânes inégaux, asymétriques, bizarres, chez des hommes intelligents et exempts de perversions nerveuses. Il ne s'agit pas pour moi d'une déformation quelconque. Si la voûte du crâne seule est mal construite, il n'y a pas grand dommage; mais si la déformation crânienne a engagé toute la portion faciale, il n'en est plus de même; la base du crâne est engagée et la portion inférieure du cerveau, dont l'importance est capitale, subit des compressions incompatibles avec son fonctionnement normal.

Ma conviction profonde est qu'il est possible de déclarer, en examinant son crâne, si un homme est devenu épileptique par le fait d'une malformation. J'ai répété nombre de fois l'expérience; souvent j'ai pris un malade qu'on m'amenait comme atteint d'une épilepsie vraie ou douteuse, et avant tout renseignement sur son passé, par le seul examen de la tête, je disais: « Cet homme est épileptique depuis son adolescence. » On niait quelquefois, mais alors je n'avais qu'à poursuivre mon enquête et je ne tardais pas à apprendre qu'il avait eu des crises à l'âge décisif où débute cette épilepsie.

S'il est vrai, et je l'affirme, qu'une déformation osseuse peut donner naissance à de l'épilepsie, une malformation moindre n'arrivant pas au degré de l'épilepsie s'accusera par des crises et des accès plus ou moins analogues à la maladie comitiale. Je laisse de côté les héréditaires pour ne pas enchevêtrer cet exposé.

Il existe donc une catégorie d'individus touchés cérébralement, et, si vous me passez ce mot, ayant perdu leur virginité cérébrale, sujets, du fait de ce précédent, à des affections cérébrales d'un ordre particulier. Je les appelle des *cérébraux*, et le mot, bon ou mauvais, est entré dans notre langue médicale.

Pouvons-nous les reconnaître? Répondent-ils à certains types morbides ayant une marche, des symptômes, un diagnostic spécial? C'est là la question.

Ces malades cérébraux peuvent et doivent être soigneusement distingués des gens nerveux chez lesquels on ne trouve ni l'antécédent d'une lésion traumatique et spontanée, ni celui d'une malformation. Ces deux classes de malades, si souvent et si malheureusement confondues, n'ont de commun que quelques grossières apparences. Le seul fait d'opposer les cérébraux aux nerveux jette une vive clarté sur la pathologie mentale.

J'aurais voulu suivre, au moins dans leurs formes essentielles, les affections cérébrales secondaires qu'on observe chez les individus frappés par un premier accident encéphalique ayant laissé à sa suite une diathèse morbide.

Cette étude exigerait trop de développements, et je me bornerai à l'exposé sommaire d'une seule espèce, en l'empruntant à la pathologie mentale: *le délire par accès*.

C'est chez les cérébraux proprement dits que se développe essentiellement, sinon uniquement, le mode d'aliénation que j'ai appelé le délire par accès. Comment les choses se passent-elles?

Prenons un des exemples déjà cités, celui du malade atteint par un choc cérébral sans traumatisme: un officier a été frappé pendant une revue d'un accident que l'on a appelé un coup de

soleil; c'est une insolation, mot qui représente trop souvent une pathogénie d'aventure avec laquelle nous contentons tous les gens du monde, mais dont il est bien difficile que nous nous contentions nous-mêmes. Le malade, en somme, a été frappé par une lésion qui s'est traduite par un simple état de défaillance; tout lui a manqué autour de lui, il a eu un nuage devant les yeux et il est tombé. On l'a ramené chez lui, on lui a appliqué des sangsues; on l'a même saigné, si l'on a été plus hardi; peu après il était si bien guéri, qu'il a repris son service au bout de quatre jours. Vous avez tenu à le suivre, et après quelques mois vous interrogez son supérieur: « Que pensez-vous donc d'un tel depuis son malaise? » Il arrivera qu'il vous réponde:

« Je ne sais pas, il est tout drôle, ce n'est pas le même homme: je ne lui reproche rien, il fait exactement les choses de son service, mais il me paraît changé. »

Les officiers d'habitude ne sont pas prolixes; ils se contentent de cela. Interrogez la femme de cet officier; demandez-lui: « Que pensez-vous de votre mari? »

« Rien; cependant je crois remarquer qu'il s'absente beaucoup plus qu'autrefois; le travail lui coûte; il s'est mis à boire ou à fumer avec excès; son sommeil est excessif ou insuffisant. »

En somme, il est resté quelque chose d'inquiétant, une *tare*: c'est un vase fêlé; un jour viendra où vous pourrez constater des symptômes plus accentués, des crises de délire et d'excitation, des troubles multiples dont nous parlerons tout à l'heure.

Autre exemple: Un enfant a été pris de convulsions vers 4 ou 5 ans, hors de l'âge où les convulsions peuvent être inoffensives. Ces convulsions se répètent deux autres fois, il n'en est plus question au bout de peu de jours; on le considère comme guéri, mais c'est à tort: à partir de ce moment il est entré dans la catégorie des cérébraux; vers 13 ou 14 ans il est au collège, on le voit changer tout d'un coup d'habitudes, de goûts ou de caractère: de bon élève, il devient mauvais, il se butte contre les maîtres; on doit même le retirer pour le prendre à la maison. Là, on finit par en faire un bachelier. La famille se

réjouit à la pensée qu'il ne reste aucune trace de sa maladie: c'est encore inexact, il a un point défectueux et ce point, quel qu'il soit, il faut pour le trouver le chercher méticuleusement; tantôt c'est une irritabilité sans propos, une incapacité passagère de travail, de la perte de la mémoire à certains moments, de la dépression ou de l'excitation sans motifs, etc.

Un de ces malades, l'officier, l'enfant devenu un homme part un jour de chez lui, entre dans une église, y voit un prédicateur, l'apostrophe grossièrement: « Tout ce que vous dites là, je le dirais mieux que vous; » puis ce sont des propos interrompus. Il se fâche contre la garde qui arrive à ce moment. On l'emmène dans le corps de garde voisin où l'on peut constater tous les signes de l'excitation maniaque du délire aigu. Si l'on va aux informations, on apprend que la veille ou même le matin, il faisait son travail comme à l'ordinaire, et c'est à midi que l'aventure lui est arrivée.

Est-ce un épileptique? Jamais de crise, même épileptiforme, ni contractions musculaires, ni écume, ni resserrement de la pupille, ni petit mal vertigineux. Le malade reste ainsi délirant huit ou dix jours; on se décide à l'interner dans une maison de santé, et avant un mois on vous dit: Il va bien, c'est fini. Et alors, procédant comme le chirurgien qui a soigné la plaie, vous prévenez la famille qu'elle peut reprendre le mari, le père; il est guéri.

Cette crise ne sera pas la seule: à partir de ce moment cet homme appartient aux crises, qu'elles se manifestent sous la forme intellectuelle ou sous la forme physique. Un jour, en mangeant, il va tomber; il se relèvera, on le portera dans son lit et ce sera tout: ce n'était qu'une crise transitoire, comme vous en voyez si souvent dans la paralysie générale.

La paralysie générale est, en effet, le type des maladies de cet ordre. Elle débute par un ictus et il peut s'écouler un long temps avant qu'aucun accident significatif ne se déclare. Elle procède par secousses; on sent qu'il y a quelque part une lésion qui s'éteint et se rallume.

Ces crises délirantes n'ont ni durée ni forme obligée; au bout de quelques jours ou de quelques semaines le malade, en apparence guéri, reprend sa vie habituelle. Elles peuvent se produire sous les aspects les plus divers. Tantôt ce sera un accès avec excitation générale : le malade saute au cou de la première femme qu'il rencontre, l'embrasse et se livre sur elle à des témoignages affectueux qui excèdent la mesure. Si vous interrogez la famille, elle est sincèrement étonnée et déclare qu'on ne soupçonnait pas cette salacité chez son parent. On ramène le malade chez lui. Il reste, tout au plus, abattu trois ou quatre jours et le délire aura disparu.

Chez un autre ce sera l'ambition; il ira chez un banquier et lui ordonnera de placer son argent sur des opérations de fantaisie. Quelquefois ce peut être une bonne affaire, et j'ai connu un malade qui a gagné ainsi 100,000 francs en une heure.

On n'hésite pas alors à prononcer le nom d'une maladie qu'on affirme peut-être trop aisément, celui de paralysie générale, et on ajoute : c'est un homme perdu.

Ni la dénomination ni le pronostic ne sont si absolus. Vous avez bien vu, trop bien même et au delà du vrai.

Cet homme, dans quinze jours, trois semaines, rentrera guéri chez lui, et quand vous le rencontrerez dans la rue, il vous narquera en disant : Vous m'aviez condamné, mais vous voyez que je ne m'en porte pas plus mal. C'est qu'en effet ces crises à forme paralytique n'impliquent pas l'existence d'une paralysie générale vraie.

Il se peut que des circonstances accessoires favorisent l'éclosion de ces accès délirants; c'est alors qu'intervient un élément nouveau : l'alcoolisme par exemple. Je ne vous l'apprendrai pas, il existe des gens chez lesquels vous n'avez pas les manifestations classiques de l'alcoolisme : pas de tremblements, pas de rêves, de troubles gastriques, etc., et qui cependant ont assez bu pour que des crises de délire puissent se produire à la suite de la boisson, ces gens étaient des cérébraux par anticipation. Le malade, qui n'a commis que des excès relatifs, était déjà sous

une influence cérébrale; il va avoir une crise analogue mais non identique à celles qu'engendre l'alcoolisme, et pour que cette crise se produise, il suffira quelquefois d'un verre de vin ou deux, pas plus; causes occasionnelles et non déterminantes de la maladie.

Vous n'êtes pas sans avoir vu dans vos asiles des persécutés qui, un beau jour, au lieu d'entendre des voix qui les injurient, sont terrifiés par des fantômes qui veulent les assassiner, etc.; ces hallucinations, étrangères à leur délire, rappellent celles des alcooliques. Vous interrogez le gardien, ou plutôt vous faites une enquête, et vous ne tardez pas à savoir que votre malade s'est procuré de quoi boire, malgré la surveillance.

Ces crises peuvent être ainsi soudainement provoquées; ou tout au moins modifiées dans leurs caractères, par des conditions extrinsèques.

Si maintenant je résume la question, je vois qu'il existe un certain nombre de délires méritant le nom de délires par accès, et qui empruntent, soit au délire épileptique, soit au délire maniaque, soit à tout autre, quelques-uns de leurs caractères, mais à titre de complications et presque de compléments.

La guérison apparente se produit dans un court espace de temps.

Il ne faut pas s'en laisser imposer par les formes, on pourrait dire par les emprunts, de ces délires : ce n'est pas plus de l'épilepsie, que l'éclampsie, par exemple, n'est de l'épilepsie.

Ce seront, si vous voulez, des accidents épileptoïdes; cette terminaison *oïde* s'applique avec justesse à la plupart des manifestations de ce délire.

Je me résume en peu de mots. Lorsque la santé cérébrale a été troublée, ne fût-ce qu'un moment, par une blessure, par une lésion encéphalique, par une malformation du crâne, la guérison n'est trop souvent qu'une suspension des accidents. Le malade, supposé guéri, a acquis une diathèse morbide qui décidera du reste de son existence. Il devient sujet à des désordres physiques et intellectuels, se produisant le plus habituellement

La communication que je vais avoir l'honneur de vous soumettre est conçue dans cet ordre d'idées, elle a un pied dans la médecine ordinaire et un autre dans la médecine mentale.

Par une chance d'exception, je me trouve en présence d'un auditoire compact et compétent. J'en profiterai pour me borner à un exposé sommaire, en supprimant les pièces à l'appui; votre expérience saura, sans autre démonstration, reconnaître si j'ai tort ou raison.

Les affections cérébrales n'obéissent pas à des lois exceptionnelles, et peut-être comprend-on mieux leur évolution en empruntant ses exemples à d'autres maladies.

Une jeune femme, à la suite d'une couche, est atteinte d'une périmérite. Les accidents plus ou moins intenses, inutiles à décrire, se prolongent pendant un temps variable, deux à trois mois environ, puis la malade guérit. Est-elle toujours guérie en réalité? Non. Il arrive trop souvent qu'après cette guérison apparente, la malade conserve à l'état latent les reliquats de la lésion aiguë; elle entre alors, pardonnez-moi cette expression familière, dans la liquidation de sa faillite utérine. A partir de ce moment, la santé de cette femme n'est plus celle de toutes les autres; sous l'influence d'une cause légère, insignifiante, elle éprouve des douleurs de ventre, des troubles locaux ou généraux qui ne seront qu'un renouveau de sa première affection. Elle a gardé de cette première atteinte une susceptibilité et des aptitudes morbides auxquelles elle n'aurait pas été soumise sans sa première maladie.

Si ce n'était là que la continuation de la lésion primitive, ce serait la chose du monde la plus normale, et d'aiguë qu'elle était, la maladie serait devenue chronique. Mais le mal s'est complètement suspendu pendant des mois ou des années; il a guéri, dans le sens que l'on attache habituellement à ce mot. Les crises qui surviennent à longue échéance ont des caractères propres: incertaines, indécises, débutant soudainement ou préparées par un jour ou deux de malaise, sans cause, sans raison pathologique appréciable.

Cette femme, ainsi transformée, a acquis un tempérament pathologique. On pourra dire qu'elle est devenue *périutérine*, et peut-être le sera-t-elle toute sa vie.

Le médecin appelé à la soigner devra toujours avoir présent à l'esprit cet antécédent qui la place dans des conditions qui ne sont pas celles des autres femmes.

Un homme, un employé de chemin de fer, reçoit un coup de tampon; un charretier est renversé par une voiture qui lui passe sur le corps, il en résulte une affection thoracique, une pleurésie, par exemple. Le traumatisme a été le point essentiel de l'affection, comme tout à l'heure l'accouchement, qui est un véritable traumatisme.

Ou il guérira définitivement, ou, à partir de ce jour, lui qui supportait tout, qui s'exposait à une foule de causes nuisibles sans que sa santé en souffrît, il va, quoique guéri de sa pleurésie, entrer dans une catégorie nouvelle. Il aura perdu la solidité de sa santé thoracique, et sera sujet, comme la femme, à des accidents hasardeux, incomplets, trompant aisément les prévisions si l'on ne tient compte de son passé. Lui aussi a échangé sa santé légitime contre une prédisposition malade qui peut s'imposer à toute son existence.

En résumé, il se peut qu'à la suite d'un traumatisme ou d'une affection spontanée il reste de la maladie initiale assez de traces pour fournir occasion à des maladies analogues à la première, mais empruntant quelques caractères particuliers à l'infériorité spéciale de la santé.

Voici une seconde catégorie de faits:

Un enfant naît ou devient bossu aux premiers âges de sa vie.

Quel que soit le mode de sa déformation, sa poitrine n'est pas plus celle d'un homme correct et sain que la poitrine de celui qui a été écrasé par une roue de voiture. Peu à peu il se fait dans son thorax des compressions étranges; un côté se dilate, un autre se rétrécit. Le poumon dévié, condensé par places, fonctionne mal. Cet homme, quand il prendra une bronchite, et il en prendra beaucoup, n'aura pas la bronchite des autres